

週刊WEB

# 医療経営

マガジン

2017  
500  
11/14

医療情報  
ヘッドライン

## 一般病院の損益率はマイナス4.2% 調査開始以来3番目に悪い数字

▶厚生労働省 中央社会保険医療協議会調査実施小委員会

## 病床数を要件とした診療報酬の見直しへ 地域包括ケア病棟要件は400床以上

▶厚生労働省 中央社会保険医療協議会総会

経営  
TOPICS

統計調査資料  
医療施設動態調査（平成29年6月末概数）

経営情報  
レポート

介護報酬同時改定へ向けて  
2018年診療報酬改定の方向性

経営  
データ  
ベース

ジャンル:人材・人事制度 サブジャンル:人事評価  
目標管理制度  
人事評価の効果

本誌掲載記事の無断転載を禁じます。

 京都税理士法人  
KYOTO CERTIFIED TAX ACCOUNTANT COMPANY

京都本社  
〒601-8328 京都市南区吉祥院九条町30番地1 江後経営ビル  
TEL: 075-693-6363 FAX: 075-693-6565

滋賀本社  
〒525-0059 滋賀県草津市野路1丁目4番15号 センシブルBLDG ZEN 6階  
TEL: 077-569-5530 FAX: 077-569-5540

大阪支社  
〒530-0001 大阪府大阪市北区梅田1-1-3 大阪駅前第三ビル31F  
TEL: 06-6344-1683 FAX: 06-6344-1578

# 一般病院の損益率はマイナス4.2% 調査開始以来3番目に悪い数字

厚生労働省 中央社会保険医療協議会調査実施小委員会

11月8日、厚生労働省の中央社会保険医療協議会調査実施小委員会が開かれ、医療機関の経営状況を調査した2016年度の医療経済実態調査の結果を公表した。

一般病院全体の損益率はマイナス4.2%で、前年度に比べてマイナス0.5ポイント低下し、これは、1967年に同調査を開始してから3番目に悪い数字となった。

## ■民間病院は0.1%とわずかに黒字、一般診療所は13.8%、歯科診療所は21.6%と好調

調査結果の詳細を見ていくと、医療機関全体の経営状況が悪化しているとは言い難い。そのことが如実に表れているのが、民間病院や病院以外の医療機関の損益率である。

民間病院は0.1%とわずかながら黒字をマークし、一般診療所はプラス13.8%、歯科診療所はプラス21.6%、薬局はプラス7.8%と、むしろ好調とも受け取れる結果を示しており、逆に国公立病院の赤字体質が深刻であることが浮き彫りとなっている。

追い打ちをかけるように、財務省の財政制度等審議会財政制度分科会も同日の会合で同調査の結果を分析し、国公立を除く一般病院が、前回のプラス0.4%からプラス0.6%へと損益がむしろ改善していると指摘したうえで、同調査の集計方法にも疑問を呈している。

つまり、「損益率の高い医療法人の施設数の割合が実際よりも小さくなり、損益率の低い公立病院の施設数の割合が実際より大きくな

っている」ため、「一般病院の経営状況を適切に反映していない面がある」と断じている。



## ■公立病院は、患者数減少により収益が下がっている

また、公立病院が患者数の減少によって収益が下がっていることを挙げ、診療報酬の引き上げは、国民全体が支えていることにも触れたうえで、経営改善を図るべきだとした。

さらに、地域の医療ニーズを踏まえて病床機能の転換やダウンサイジングを促すべきだとしている。

一方で、日本医師会は同日記者会見を開き、病院の経営状況が近年になく悪化していることの結果という認識を示した。併せて、来年度の診療報酬改定では、あくまでプラス改定を求めていくとしている。

引き下げを求める財務省と、引き上げを求める厚労省や日本医師会の間で、年内をめどに決定される改定率決定に向け、今後も厳しい意見交換が続けられる。

# 病床数を要件とした診療報酬の見直しへ 地域包括ケア病棟要件は400床以上

厚生労働省 中央社会保険医療協議会総会

11月8日の中央社会保険医療協議会総会において、厚生労働省から、病床数を要件とした診療報酬を見直す提案がなされ、地域包括ケア病棟の要件を400床以上に拡大する意向を示している。

## ■500床以上の大病院は減少傾向だが、 400～499床の病院は6年間で22施設増加

近年、500床以上の大病院は減少傾向にある。2010年には460施設あったのが、昨年には418施設となっており、6年間で40以上の大病院がなくなった計算だが、将来的に入院医療ニーズが上向いていくことは考えにくく、人口も減少していくため、今後も大病院は減っていくだろう。

一方で、400～499床の病院数は増加傾向にあり、2010年から2016年の6年間で22施設増えており、これは500床以上の大病院になると、診療報酬上“損”をしてしまうのが原因だとする。たとえ初診料は200床以上だと282点、外来診療料は73点だが、

500床以上になるといずれも下がってしまう。特に初診料は、209点まで下がるため、500床前後の規模を検討した場合、わざわざ大病院にするメリットは薄いと考える傾向がある（外来診療料は500床以上だと54点）。

## ■400床以上の病院に何らかの制限が課せられることは間違いない

500床以上の病院では、地域包括ケア病棟を1病棟しか新設できない。手術件数が少なかったり、病床稼働率が低かったりする病院の場合、転換で増収が狙えるだけに、500床以上にするのはデメリットと理解できる。

裏を返せば、500床未満でメリットを享受している400～499床病院に、厚労省が狙いをつけたとも言える。現時点では、具体的な病床数には触れていないものの、特定機能病院などの要件が400床以上であることを踏まえて見直したい旨を明らかにしており、少なくとも400床以上の病院に何らかの制限が課せられることは間違いないだろう。

注目したいのは、同様に増加傾向にある200～299床の病院をどのように取扱うかである。社会保障費の自然増を5,000億円以内に抑制したい政府・厚労省としては、少しでも医療費を削りたい意向があるのが明らかで、何らかの要件を設ける可能性がある。大詰めを迎えつつある診療報酬改定の議論が、今後どのように展開していくのか注視が必要だと思われる。





# 医療施設動態調査 (平成29年6月末概数)

厚生労働省 2017年8月31日公表

病院の施設数は前月に比べ 3施設の減少、病床数は 187床の減少。  
 一般診療所の施設数は 58施設の増加、病床数は 226床の減少。  
 歯科診療所の施設数は 16施設の増加、病床数は 増減無し。

## 1 種類別にみた施設数及び病床数

各月末現在

	施設数		増減数		病床数		増減数
	平成29年6月	平成29年5月			平成29年6月	平成29年5月	
総数	179 199	179 128	71	総数	1 658 730	1 659 143	△ 413
病院	8 426	8 429	△ 3	病院	1 558 424	1 558 611	△ 187
精神科病院	1 060	1 059	1	精神病床	332 717	332 686	31
一般病院	7 366	7 370	△ 4	感染症病床	1 846	1 850	△ 4
療養病床を 有する病院(再掲)	3 804	3 805	△ 1	結核病床	5 292	5 292	-
地域医療 支援病院(再掲)	548	548	-	療養病床	327 103	327 366	△ 263
				一般病床	891 466	891 417	49
一般診療所	101 840	101 782	58	一般診療所	100 240	100 466	△ 226
有床	7 380	7 397	△ 17				
療養病床を有する 一般診療所(再掲)	924	932	△ 8	療養病床 (再掲)	9 303	9 381	△ 78
無床	94 460	94 385	75				
歯科診療所	68 933	68 917	16	歯科診療所	66	66	-

## 2 開設者別にみた施設数及び病床数

平成29年6月末現在

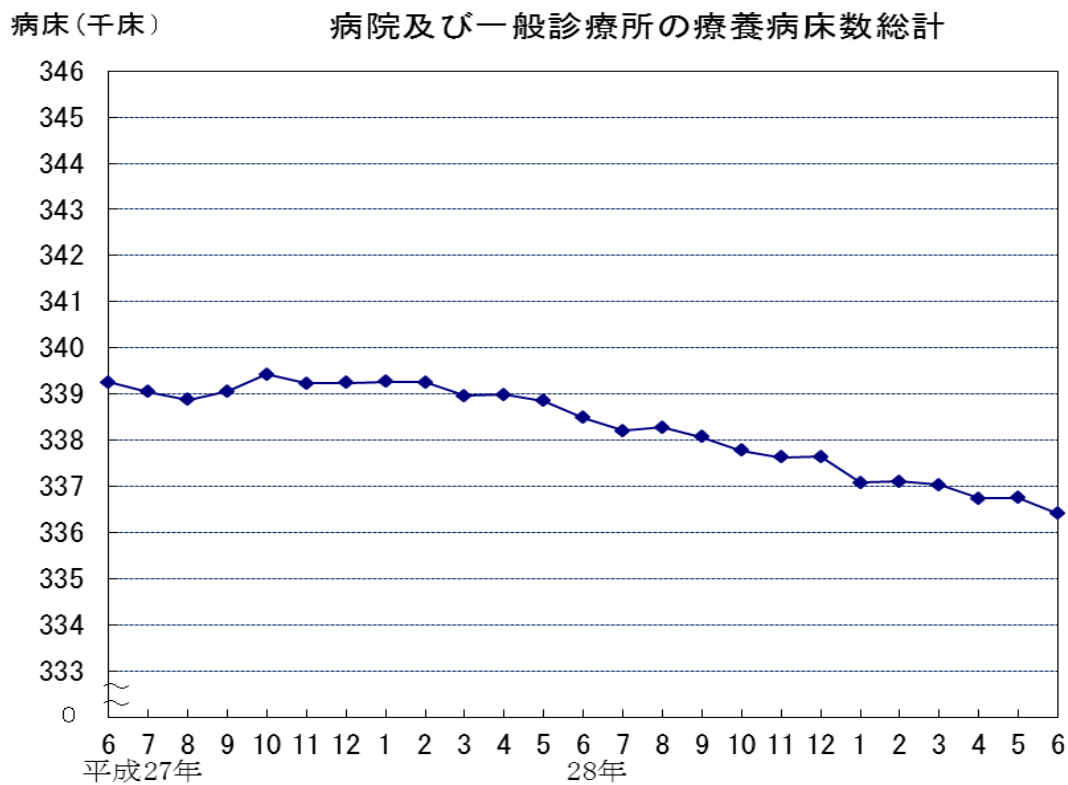
	病 院		一般診療所		歯科診療所
	施設数	病床数	施設数	病床数	施設数
総数	8 426	1 558 424	101 840	100 240	68 933
国 厚生労働省	14	4 947	24	-	-
独立行政法人国立病院機構	143	54 482	-	-	-
国立大学法人	48	32 750	146	19	2
独立行政法人労働者健康福祉機構	34	12 886	-	-	-
国立高度専門医療研究センター	8	4 205	2	-	-
独立行政法人地域医療機能推進機構	57	16 022	1	-	-
その他	24	3 492	364	2 203	3
都道府県	200	53 543	252	176	7
市町村	629	131 532	2 983	2 295	262
地方独立行政法人	99	39 435	23	17	-
日赤	92	36 102	209	19	-
済生会	79	21 843	51	-	1
北海道社会事業協会	7	1 731	-	-	-
厚生連	104	33 147	70	28	-
国民健康保険団体連合会	-	-	-	-	-
健康保険組合及びその連合会	9	1 934	307	-	2
共済組合及びその連合会	42	13 627	150	-	5
国民健康保険組合	1	320	17	-	-
公益法人	227	57 096	560	333	116
医療法人	5 766	865 438	41 862	73 812	13 776
私立学校法人	111	55 577	180	46	16
社会福祉法人	201	34 628	9 545	340	33
医療生協	83	13 802	310	267	53
会社	39	9 671	1 830	10	10
その他の法人	187	38 821	733	298	99
個人	222	21 393	42 221	20 377	54 548

## 参 考

### ■ 病院病床数



### ■ 病院及び一般診療所の療養病床数総計





## 制度改正

介護報酬同時改定へ向けて

# 2018年診療報酬 改定の方角性

- 1.次期診療報酬改定の全体的動向
- 2.入院医療をめぐる改定の方角性
- 3.外来・在宅医療に関する評価の見直し
- 4.「2025年モデル」を見据えた今後の病医院戦略



### ■参考文献

\*本レポートは、2017年11月1日(水)、(株)吉岡経営センター主催 診療報酬改定セミナー「2018年診療報酬改定の概要と病医院経営戦略」(講師:(株)MMオフィス 代表取締役 工藤 高氏)の講演要旨および配布レジュメをベースとし、一部を再構成して作成したものです。掲載の図表については、出典を明記したものを除き、全て本セミナーレジュメに使用、または一部加工しています。

# 1

## 医業経営情報レポート

# 次期診療報酬改定の全体的動向

### ■ 2018年診療報酬改定に向けた議論と重点項目

#### (1) 中医協における主な検討項目

国民医療費は、2017年度予算ベースで約45兆円に上っており、高齢化や医療の高度化が進む中で、国民負担は年間1兆7000億円増加する試算です。2005年を起点にすると、国民医療費は過去10年間で毎年平均2.5%増加しており、高齢化による同1.2%を上回っていることから、医療費の伸びを高齢化の範囲内に抑制することを改めて求めています。

また財務省は10月25日の財政制度等審議会・財政制度分科会において、2018年度診療報酬改定では2%半ば以上のマイナス改定が必要と示し、医療費の伸びを高齢化の範囲内に抑制することを提案しています。今後、年末に向けて改定率を含め、各項目に反映される点数等評価の設定に向けた議論が進められます。

国民医療費年2.5%増を吸収するため  
2%半ば以上のマイナスも？

#### ◆財務省が示す2018年診療報酬改定の考え方

医療機関の地域連携強化に向けたこれまでの診療報酬改定内容を検証するとともに、地域医療構想の実現に資するよう病床の機能分化・連携をさらに後押しするため、患者の状態像に即した適切な医療・介護を提供する観点から、報酬水準、算定要件など入院基本料のあり方や介護医療院の介護報酬・施設基準のあり方について検討し、介護施設や在宅医療等への転換などの対応を進める。

(出典) 経済財政運営と改革の基本方針2017(抄) (平成29年6月9日閣議決定)

#### ◆2018年診療報酬改定にかかる中医協の主要検討項目

- (1) 医療機能の分化・連携の強化、地域包括ケアシステムの構築の推進
  - ①入院医療、②外来医療、③在宅医療、④医療と介護の連携調査実施試行的導入及び本格導入に向けた検討
- (2) 患者の価値中心の安心・安全で質の高い医療の実現
  - ・アウトカムに基づく評価
  - ・患者や家族等への情報提供や相談支援
  - ・医療機能等に関する情報提供や公表
  - ・患者の選択に基づくサービス提供
- (3) 重点分野・個別分野に係る質の高い医療提供の推進
  - ・緩和ケアを含むがん
  - ・認知症
  - ・精神医療
  - ・リハビリテーション
  - ・口腔疾患の重症化予防等
  - ・薬剤管理業務
- (4) 持続可能性の高める効果的・効率的な医療への対応
  - ①医療品、医療機器等の適切な評価
    - ・薬価制度の抜本改革
    - ・費用対効果
    - ・新しい医療技術の保険適用等
  - ②次世代の医療を担うサービスイノベーションの推進
    - ・バイオテクノロジー、ICT、AI(人工知能)等



# 2

## 医業経営情報レポート

# 入院医療をめぐる改定の方向性

### ■ 高度急性期と急性期における課題と改定の方向性

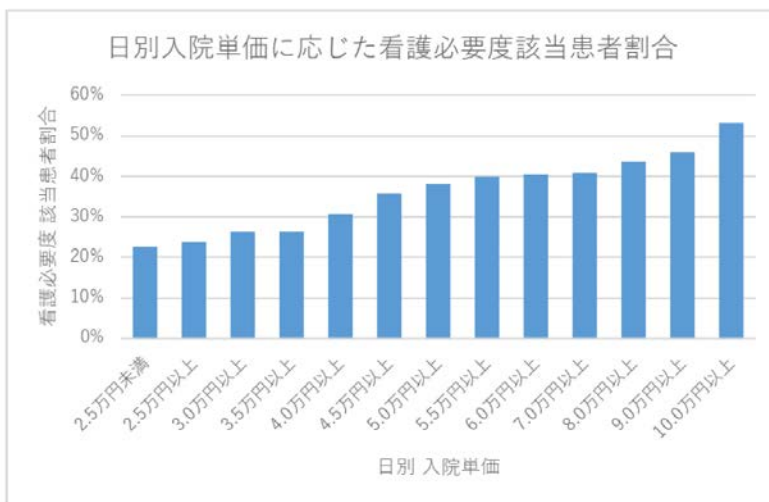
#### (1) 看護必要度をめぐる見直し

急性期入院をめぐる改定では、看護必要度に関する見直しが行われる見込みです。

看護配置 7 : 1 算定病棟では、手術や化学療法を実施している割合が高いために患者入院単価が高くなります。

そして、日別入院単価が高いほど、看護必要度該当の対象となる患者割合が高いことも指摘されることから、次期改定において急性期要件である看護必要度に関する見直しが行われる見通しです。

#### ◆ 入院単価に応じた看護必要度該当患者割合



単価の低い患者が 7 : 1 病棟に入院している必要性はあるのか？

⇒ 疾患別情報を可視化することにより、ADL 項目だけが極端に高い疾患などが明らかになり、厳格化の方向性が窺われるため、該当入院患者が多い病院は要注意

#### (2) 2018 年度改定における DPC/PDPS の見直し

DPC は、重症度係数の廃止等の改定が予定されており、今後は効率性係数と救急医療係数の重要性が増すといえます。

#### ◆ DPC 病院の 7 つのキーワード

1. 機能評価係数 II の見直し（重症度係数の廃止、後発医療品⇒機能評価係数 I へ）
2. 暫定調整係数廃止（激変緩和措置）
3. 重症度、医療・看護必要度（データ分析による見直し）
4. 病床回転率（効率性係数の重要性）
5. 1 日当たり入院単価（7 : 1 平均 52,150 円）
6. ケースミックス（7 : 1 は新生物が多い）
7. 退院支援加算 1 と認知症ケア加算 1 または 2 はマスト

# 3

## 医業経営情報レポート

# 外来・在宅医療に関する評価の見直し

### ■ 外来と診療所に係る評価

#### (1) 外来医療の機能分化促進

外来医療に関する前回改定においては、かかりつけ医機能の評価（地域包括診療料および同加算）の拡充、紹介状なしの一定規模以上の大病院受診時の定額負担導入などの改定が行われましたが、2018年改定でも引き続き外来医療の機能分化とかかりつけ医機能強化を促す評価の見直しが実施されます。

#### ◆ 外来医療における改定議論の要点～厚生労働省資料：中医協総会

##### 1. 外来医療

- ・ 外来の機能分化・連携を推進、重複投薬・残薬を減らす、かかりつけ医機能の強化

##### 2. 紹介状なしの大病院受診時の定額負担の導入

- ・ 「保険医療機関及び保険医療療養担当規則」等の改正  
特定機能病院・一定規模以上の地域医療支援病院（500床以上）  
⇒ 現行の選定療養に加え、定額の徴収を責務とする
- ・ 定額負担は徴収する金額の最低金額として設定  
初診：5,000円（歯科 3,000円）  
最新：2,500円（歯科 1,500円）

#### ● 定額負担を求めないケース

- ・ 緊急その他やむを得ない事情がある場合

救急・公費負担医療・無料定額診療事業の各患者、HIV感染者

- ・ その他、定額負担を求めなくてよい場合

自施設の他診療科受診中患者、医科・歯科間での院内紹介患者、検診で精密検査指示があった患者、救急医療・周産期事業等における休日夜間受診患者、外来受診後そのまま入院となった患者、大病院が地域で外来診療を実質的に担っているような診療かを受診する患者 ほか

次期改定では、これまで以上に大病院の外来機能縮小を推進するため、紹介状なしに特定機能病院等の大病院を受診した場合には、現行の選定療養に加えて、初再診時に患者から定額を徴収する見直しの方向性が示されています。

診療所としては、かかりつけ医としての機能充実とともに、連携の強化に向けた取り組みがますます重要となります。

# 4

## 医療経営情報レポート

# 「2025年モデル」を見据えた今後の病医院戦略

### ■ その他個別項目の改定の方向性

#### (1) 医療 ICT 化に向けた検討項目

医療機関の機能や規模を問わず、医療等分野における ICT 化の徹底について次のような改定方針が示されています。

近年の総務省主導による ICT 活用推進を受け、医療情報の標準化や共通 ICT インフラを整備し、医療の質と効率性向上を図ることで、世界に誇る保健医療水準を維持するとともに、民間の投資を喚起し、健康で安心して暮らせる社会実現を目指すことを目的としています。これにより、診療報酬上も政策的誘導が行われる可能性があります。

#### ◆ 厚生労働省が示す医療分野における ICT 化の徹底

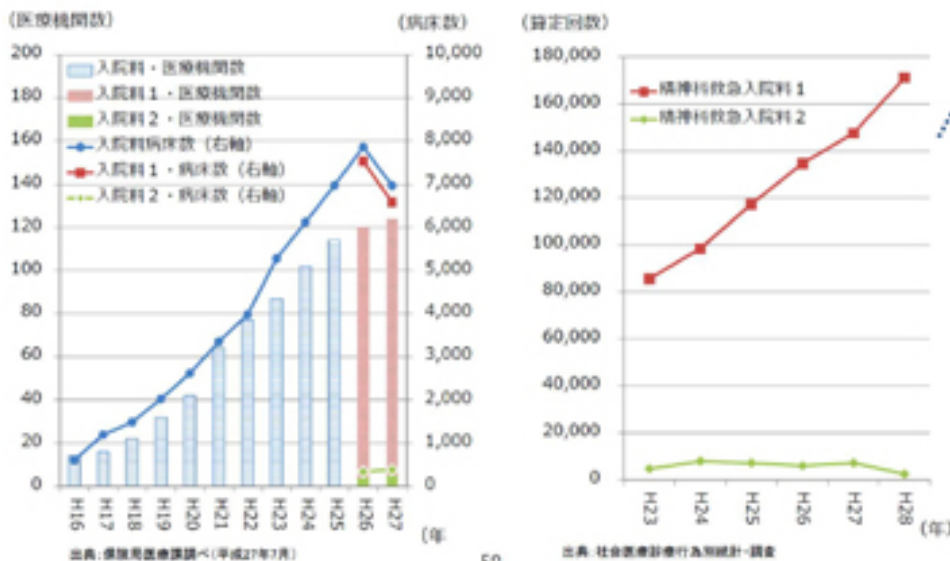
##### ● 医療等分野における ICT 化の徹底

- 医療連携や医学研究に利用可能な番号の導入
- 医療機関データのデジタル化+地域の医療機関間のネットワーク化
- 医療データの医療拡大のための基盤整備

#### (2) 精神医療をめぐる改定の方向性

精神医療については、精神病床の入院患者のうち統合失調症の患者が最も多く、近年は認知症入院患者が微増傾向にあります。

#### ◆ 精神科救急入院料の届出医療機関数・病床数・算定回数



精神科救急入院料届出医療機関数と病床数は増加傾向  
⇒ 患者状態に応じた、より適切な精神科救急医療体制の構築を目指す評価の見直しを図る方向へ



ジャンル:人材・人事制度 > サブジャンル:人事評価

# 目標管理制度

## 職員には、どのような個人目標を立てさせればよいでしょうか？

### ◆個人目標の種類

病院において、活用すべき目標は大きく分けて3種類あります。

職員個々の役割に応じて、これらの目標の種類を組み合わせ設定します。

#### a. 成果目標・・・組織目標や組織によって要請される成果を実現するための目標

病院目標が掲げられると、その内容を各部門において展開し、実行に移して所期の成果を上げることが求められます。職員は、自分の役割に応じた目標を部門やチーム目標に沿った形で策定します。

#### b. 業務目標・・・役割責任、能力発揮基準によって要請される仕事を高度化するための目標

役割資格フレームや職務一覧表を参考に、本人の役割や仕事でありながら、遂行できていないものを目標として設定します。または、上の等級の役割や職務を選択し、仕事の幅を拡げ、キャリア開発を目指すことが目的となります。

#### c. チャレンジ目標・・・自己啓発を基に能力、仕事を開発するための目標

本人の意思を尊重した啓発目標となります。自分の能力開発を中心に進められます。目標管理では、新たなことにチャレンジをする取組みを高く評価し、病院全体の活性化に繋げることも重要視します。

個人目標の設定にあたっては、目標の内容に枠組みを持たせるものの、職員の自主性を重視するものとし、その枠組みの中で取り上げるテーマは職員自らの判断で決定させます。その推進や実行も自己管理、自己統制に任せることが、自主性を育てるポイントとなります。

そのため、目標が単なる目標（スローガン）では、個人では実行に移せず、目標管理全体が機能しないこととなります。

目標設定こそが、目標管理成功の要であり、この設定に時間や労力を費やすこととなります。目標設定にはセオリーがあり、具体的な方策や手段が不可欠です。この先、半年もしくは1年間の病院のあるべき姿や自分の仕事について、結果だけでなく手段、方法を含めて、そのストーリーを描きます。



ジャンル:人材・人事制度 > サブジャンル:人事評価

## 人事評価の効果

**人事評価制度を導入し、昇給、賞与、昇進、配置転換に活用したいのですが、具体的にどのような効果が得られるでしょうか？**

評価基準と評価ルールを明確にし、公正な人事考課を行うことは、職員の活性化を図ることにつながります。

人事評価は、職員一人ひとりについて、役割や職務、責任を果たしているかどうかを、組織の期待する水準に照らし合わせて、評価する制度です。

職員は、「やってもやらなくても、処遇は変わらない」のであれば、それぞれの成長意欲やモチベーションはあがらず、能力開発やサービスの向上に積極的には取り組まないという状況が生まれます。そのような状況を排除し、組織の活性化と持続的成長を図るためには、人事評価制度を構築し、整備する必要があります。

具体的には、次のような目的が挙げられます。

### ◆人事評価制度の目的

- 職員ひとりひとりについて、病院が求める期待像（役割、任務、責任）を明確にする
- 職員がその期待像に沿っているかどうかを定期的に評価する
- 評価の結果を面接等を通じ、職員にフィードバックし、昇給、賞与、昇進等の処遇の決定および能力開発に反映させる

また、下記のような効果が期待できます。

### ◆人事評価制度に期待される効果

- 能力と実績に応じた公正な人事管理ができる
- 能力と実績に応じた処遇により、職員と職場の活性化が図られる
- 適正配置が達成でき、モチベーションの向上と業務の効率化が推進される
- 職員の能力開発が進められる